

**KARTOITUS VULVODYNIAN TAUSTATEKIJÖISTÄ JA  
VAIKUTUKSISTA ELÄMÄNLAATUUN –  
KYSELYLOMAKETUTKIMUS**

Silja Vuoristo

Syventävien opintojen

kirjallinen työ

Tampereen yliopisto

Lääketieteen yksikkö

Marraskuu 2015

---

Tampereen yliopisto

Lääketieteen yksikkö

**SILJA VUORISTO: KARTOITUS VULVODYNIAAN TAUSTATEKIJÖISTÄ JA  
VAIKUTUKSISTA ELÄMÄNLAATUUN – KYSELYLOMAKETUTKIMUS**

Kirjallinen työ, 31s

Ohjaajat: Johanna Mäenpää, LKT, professori

Riikka Niemi, LL

Anu Aalto, LL

Marraskuu 2015

Avainsanat: vestibulodynia, yleistynyt vulvodynia, dyspareunia, hoitomenetelmät, fysioterapia

---

## **Tiivistelmä**

Vulvodynia on ulkosynnyttimien kiputila, jonka etiologia on tuntematon. Jopa 6–13 % naisista kärsii kyseisestä sairaudesta jossain vaiheessa elämänsä aikana. Yksinkertaisimmillaan vulvodynia voidaan luokitella paikalliseen tai yleistyneeseen vulvodyniaan. Vulvodynian sairastavien naisten elämänlaatu on usein huonontunut, ja pahimmillaan sairaus voi aiheuttaa lapsettomuutta ja invalidisoida potilaan kroonisten kipujen vuoksi. Hoitomenetelmistä on tehty vain muutama satunnaistettu kontrolloitu tutkimus, ja hoito tapahtuu pääasiassa empiirisesti.

Tämä on kyselylomakkein suoritettu kuvaileva tutkimus Tays:ssa vuosina 2003–2013 käyneiden vulvodynopotilaiden oireista, hoidoista sekä sairauden vaikutuksista elämänlaatuun. Kysely lähetettiin 133 potilaalle ja kyselyyn vastasi 70 potilasta.

Itsehoitomenetelmät, fysioterapia sekä paikallinen puudutegeeli tai -voide olivat selvästi yleisimmät tutkittujen potilaiden hoidossa käytetyt menetelmät. Annettujen hoitojen seurauksena potilaiden kivut lähes puolittuivat. Tutkimuksen perusteella potilaat olivat tyytyväisimpiä fysioterapeuttien antamaan hoitoon, josta oli eniten apua vulvodyniaoireisiin.

# SISÄLLYS:

1	JOHDANTO .....	1
1.1	Vulvodynian luokittelu .....	2
1.2	Esiintyvyys ja ilmaantuvuus .....	2
1.3	Mahdolliset riskitekijät .....	3
1.4	Vulvodynian vaikutukset elämänlaatuun ja komorbiditeetti vulvodyniapotilailla .....	3
1.5	Hoitomenetelmät .....	4
1.5.1	Itsehoitomenetelmät .....	4
1.5.2	Fysioterapia .....	4
1.5.3	Emättimen alueen puudutegeelit ja kipulääkevoiteet .....	5
1.5.4	Kipukynnystä kohottavat lääkkeet sekä antikrampalliset vulvodynian hoidossa .....	5
1.5.5	Vestibulektomia .....	6
1.5.6	Muut mahdolliset hoitomuodot .....	6
1.6	Vulvodynian hoito erikoissairaanhoidossa .....	7
1.7	Tutkimuksen tarkoitus .....	7
2	AINEISTO JA MENETELMÄT .....	8
3	TULOKSET .....	10
3.1	Potilaiden oirekuva .....	11
3.2	Kokemuksia Tays:n naistentautien poliklinikan hoidoista .....	11
3.3	Mahdollisten riskitekijöiden kartoitus .....	13
3.4	Pariteetti sekä hoitojen vaikutus parisuhteeseen ja elämänlaatuun .....	14
3.5	Käytetyt hoitomenetelmät .....	16
3.6	Kivun arviointi ennen ja jälkeen hoitoja .....	18
3.7	Tämän hetkinen hoitojen tilanne ja mahdolliset lääkehoidot .....	20
4	POHDINTA .....	21

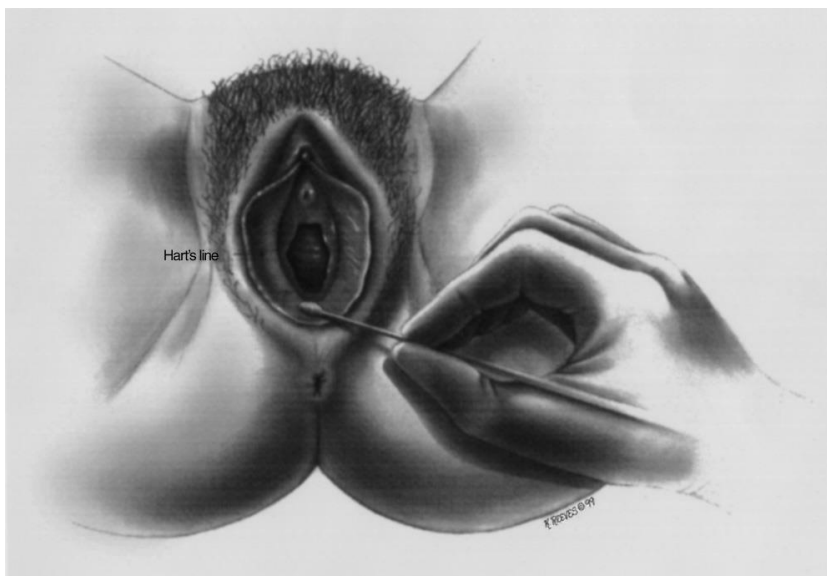
## LÄHTEET

Liite 1. Kyselylomake

# 1 JOHDANTO

Vulvodynia on naisen ulkoisten sukupuolielimien alueella esiintyvä kiputila. Oireina voivat olla vulvan alueen kosketusarkuus, kirvely sekä polttava tai pistävä kipu. Kivun luonteen, syntymekanismien, paikantumisen ja mahdollisten säteilykipujen perusteella vulvodynia luokitellaan eri tyyppeihin. (1,2)

Vulvodynian etiologia on epäselvä, ja sen syntyyn vaikuttaa todennäköisesti monta eri tekijää. Diagnoosi perustuu tarkkaan anamneesiin sekä kliiniseen tutkimukseen, jossa käytetään pumpulitikkua kivun paikan ja intensiteetin selvittämiseksi (kuva 1). Pelkällä näköhavainnolla vulvan alue näyttää terveeltä mahdollista pientä punoitusta lukuun ottamatta. Erotusdiagnostisesti on tärkeää poissulkea hiivasieni-infektiot ja muut akuutit vulvan alueen infektiot, sukupuolitaudit, iho- ja limakalvosairaudet sekä endometrioosi. (2,3)



Kuva 1. Pumpulitikkutesti. Lähde: Haefner HK, Collins ME, Davis GD, et al. The Vulvodynia Guideline. J Low Genit Tract Dis. 2005;9:40–51

## 1.1 Vulvodynian luokittelu

Vulvovaginaalisia sairauksia tutkiva kansainvälinen järjestö (The International Society for the Study of Vulvovaginal Disease eli ISSVD) luokittelee vulvodynian paikalliseen tai yleistyneeseen eli essentiaaliseen muotoon. Paikallinen vulvodynia voi rajoittua pienellekin alueelle, esimerkiksi klitorikseen tai emättimen eteiseen. Kivun paikantuessa emättimen eteiseen puhutaan vestibulodyniasista, joka on tutkituin ja oletettavasti yleisin vulvodynian muoto. Pahin kipu on tyypillisesti emättimen eteisen kello 5–7 välisellä alueella (ns. trigger-pisteet) sekä virtsaputken suun seudulla. Yleistynyttä vulvodyniasia voidaan kutsua pudendaalneuralgiaksi johtuen sen hermokiputyypisistä oireilusta. Kipua voi esiintyä vulvan alueen lisäksi peräaukon, välilihan sekä virtsaputken seudulla. Näiltä alueilta kipu voi säteillä alavatsaan, pakaroihin sekä reisiin. ISSVD luokittelee vulvodynian myös kivun syntymisen perusteella riippuen siitä, onko kipu ärsykkeestä laukeava, jatkuva vai näiden yhdistelmä. Kivun laukaiseva ärsyke voi olla esimerkiksi yhdyntä, gynekologinen sisätutkimus tai tamponin asettaminen emättimeen. (1,2,4)

Ärsykkeestä laukeava eli provosoitu vestibulodynia (PVD) voi olla luonteeltaan primaarinen tai sekundaarinen. Primaarisessa PVD:ssä kivut alkavat usein ensimmäisestä emättimeen kohdistuvasta ärsykkeestä, ja potilas on usein diagnoosihetkeen mennessä kärsinyt kivuistaan selvästi kauemmin kuin sekundaarista provosoitua vestibulodyniasia sairastava potilas (89,8 kuukautta vs. 46,2 kuukautta). Sekundaarisessa PVD:ssä potilaalla voi olla pitkiäkin kivuttomia ajanjaksoja. PVD:n eri tyyppien hoitovasteet voivat erota suurestikin toisistaan, joten hoitojen kannalta on tärkeää tiedostaa PVD:n luonne. (5,6)

## 1.2 Esiintyvyys ja ilmaantuvuus

Arvioiden mukaan vulvodynian esiintyvyys on ikäryhmästä riippuen 6–13 %. Vestibulodynia on yleisempää nuorilla synnyttämättömillä naisilla (1,7), ja se on myös yleinen syy fertiili-ikäisten naisten yhdyntäkipuihin eli dyspareuniaan. (2) Yleistynyttä vulvodyniasia tavataan enemmän postmenopausaalisilla naisilla. Kahden vuoden seurantatutkimuksen mukaan joka vuosi keskimäärin yksi 50 naisesta sairastuu vulvodyniasiaan (8). Kuitenkin vain pieni osa vulvodyniasitapauksista diagnosoidaan, sillä potilaat eivät herkästi hakeudu lääkärin vastaanotolle. Vastaanottokäynnillä vulvodyniasia saattaa jäädä toteamatta sairauden tuntemattomuuden sekä oireiden monimuotoisuuden takia. Yhdysvaltalaisen kyselytutkimuksen mukaan noin puolet

vulvodyniaoireista kärsivistä naisista oli hakenut kipuihinsa hoitoa, ja vain noin kolmella prosentilla heistä diagnosoitiin vulvodynia (7).

### **1.3 Mahdolliset riskitekijät**

Altistavia tekijöitä voivat olla infektiot kuten hiivasieni-infektio, geneettiset, immunologiset sekä hormonaaliset tekijät, lisääntynyt virtsan oksalaatin erityys sekä hermosolujen proliferaatio vulvan limakalvolla. (1,2,9) Hormonaalisten ehkäisykeinojen vaikuttavuudesta vulvodynian syntyyn on kiistelty. Bouchard ym. mukaan nuorella iällä aloitettu yhdistelmäehkäisypillerien käyttö voi aiheuttaa jopa kuusinkertaisen riskin sairastua vulvodyniaan verrattuna ehkäisypillereitä käyttämättömiin (10). Sen sijaan väestöpohjaisessa pitkittäistutkimuksessa pitkäaikaisellakaan hormonaalisella ehkäisyllä ei todettu olevan vulvodynian riskiä lisäävää vaikutusta premenopausaalisilla naisilla (11). Nykyisen hoitokäytännön mukaan vulvodyniadiagnoosin saaneita potilaita kehoitetaan kuitenkin lopettamaan tai tauottamaan mahdollinen hormonaalinen ehkäisy (2).

### **1.4 Vulvodynian vaikutukset elämänlaatuun ja komorbiditeetti vulvodyniapotilailla**

Vulvodyniaa sairastavat kärsivät usein huonosta elämänlaadusta. Tämä ilmenee muun muassa masennuksena, turhautumisena ja ahdistuksena, jotka voivat edelleen pahentaa vulvodyniaoireita. Usein ongelmia esiintyy myös parisuhteessa ja seksuaalielämässä. Potilaat kokevat itsensä voimattomiksi, koska eivät ymmärrä oireitaan eivätkä voi vaikuttaa niihin. Lisäksi he voivat kuvitella olevansa syyllisiä sairauteensa, mikä heikentää psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia entisestään. (12,13)

Osa vulvodynia-asiantuntijoista on yhdistänyt vulvodynian johtuvan psykoseksuaalisista toimintahäiriöistä, joten on tärkeää huomioida mahdolliset seksuaaliseen toimintaan liittyvät pelot ja aiemmat traumaattiset kokemukset. (14). Tuoreessa väestöpohjaisessa tutkimuksessa seulottiin validoitujen kysymysten avulla masennuksen, posttraumaattisen stressireaktion (posttraumatic stress disorder, PTSD) sekä vulvodynian yleisyyttä tutkimusväestössä. Positiivisen PTSD-seulatuloksen saaneiden potilaiden keskuudessa vulvodynian yleisyys oli yli kaksi kertaa suurempi verrattuna potilaisiin, jotka saivat negatiivisen seulatuloksen (PR=2.37; 95 % CI: 1.07, 5.25).

Depressioseulapositiivisten joukossa vulvodynian yleisyys oli niin ikään suurempi kuin depressioseulanegatiivisilla (PR=1.53; 95 % CI: 1.12, 2.10). (15)

Eri tutkimuksissa on lisäksi raportoitu, että vulvodyniapotilailla esiintyy muuta väestöä enemmän yleistyneitä kiputiloja kuten fibromyalgiaa, ärtyvän suolen oireyhtymää ja interstitiaalista kystiittiä (16). Näiden sairauksien mahdollista yhteyttä vulvodyniaan ei ole pystytty selvittämään.

## **1.5 Hoitomenetelmät**

Vulvodynian hoito on haasteellista, koska taudin vaikeusaste ja oirekuva vaihtelevat kummassakin vulvodynian muodossa. Jokaiselle potilaalle tehdään yksilöllinen hoitosuunnitelma. Vulvodynian hoito vaatii pitkäjänteisyyttä, sillä hoitotulosten saavuttaminen vie usein aikaa. (1) Vulvodynian hoitomuodoista on tehty vain vähän satunnaistettuja kontrolloituja tutkimuksia, ja hoitaminen tapahtuu pääsääntöisesti empiirisesti sekä kliinisten tietojen perusteella. Fysioterapian ja biopalautehoidon hoitovasteista on saatu luotettavia ja hyviä tutkimustuloksia (17,18). Trisykliset masennuslääkkeet sekä antikongulsantit ovat kliinisesti todettu tehokkaiksi vulvodynian hoidossa. Luotettavat tutkimustulokset näiden lääkeryhmien tehosta vulvodyniapotilailla kuitenkin vielä puuttuvat.

### **1.5.1 Itsehoitomenetelmät**

Potilaille annetaan itsehoito-ohjeita, joita toteuttamalla vulvan alueen ärsytystä voidaan vähentää. Itsehoitomenetelmiin kuuluu muun muassa vulvan kipupisteiden painaminen, jota suositellaan tehtäväksi päivittäin (ns. siedätyshoito). Siedätyshoidon lisäksi suositellaan laajentamisharjoituksia emättimeen joko sormin tai emätinpuikkoa käyttäen (ns. dilataatiohoito). Sekä siedätyshoidon että emättimen dilataatioharjoitusten tarkoituksena on kohottaa kipukynnystä ja sopeuttaa ihon herkäät kipualueet kosketukselle. (19)

### **1.5.2 Fysioterapia**

Pitkittyneeseen ja hoitamattomaan vestibulodyniaan liittyy usein myös vaginismus (emätinkouristus), joka voi pahentaa oireita entisestään. Fysioterapiaan liitetään lähes aina

biopalautehoito, transkutaaninen hermostimulaatiohoito (TNS-hoito) sekä rentoutusterapiaa. (19) Biopalautehoidon tarkoituksena on oppia kontrolloimaan lantionpohjan lihasten jännitystä, ja näin ehkäistä tahattomia lihaskouristuksia (3). Sen avulla myös tunnistetaan kouristavat lihakset, joita hoidetaan TNS:llä. TNS-hoidon vaikutusmekanismi perustuu porttikontrolli- ja endorfiiniteorioihin (20). Sen on todettu olevan tehokas hoitokeino provosoitua vestibulodyniam sairastavilla, ja potilaalla on mahdollisuus omatoimisesti toteuttaa hoitoja myös kotonaan (21). Suositeltu yhtämittainen hoitoaika on kolme kuukautta (18). Prospektiivisessa pitkittäistutkimuksessa 39 konservatiivisille hoidoille resistenttiä PVD:tä sairastavaa potilasta hoiti itseään kotiloissa TNS:llä 12–16 viikon ajan. Ulkosynnyttimien kivut vähenivät merkitsevästi heti hoitojen jälkeen ja hoitojen tulokset olivat pääasiassa pysyviä. Vain 4 % potilaista ei saanut tästä hoidosta riittävää hoitovastetta ja päädyttiin vestibulectomiaan. (17) Lisää satunnaistettuja kontrolloituja tutkimuksia fysioterapiahoidosta kuitenkin tarvitaan tukemaan tähän asti saatuja tutkimustuloksia.

### **1.5.3 Emättimen alueen puudutegeelit ja kipulääkevoiteet**

Ulkoisesti käytettävät puudutegeelit ja kipulääkevoiteet voivat helpottaa yhdyntäkipuja. Paikallisesti levitettävistä puudutteista Suomessa on käytössä lidokaiinivoide ja -geeli (Xylocain®) sekä lidokaiini-prilokaiinivoide (Emla®). Ne voivat helpottaa vulvan alueen kipuja ja mahdollistaa sukupuoliyhdynnät. (19) Satunnaistetussa kontrolloidussa yksittäis- ja kaksoishoitotutkimuksessa verrattiin 5 % lidokaiinigeelin ja trisyklisen antidepressantin desipramiinin vaikutusta vulvodyniapotilailla. Potilaat sokkoutettiin neljään ryhmään: 1) plasebogeeli–plasebotabletti -ryhmä, 2) plasebogeeli–desipramiini -ryhmä, 3) lidokaiinigeeli–plasebotabletti -ryhmä ja 4) lidokaiinigeeli–desipramiini -ryhmä. Hoitoaika oli 12 viikkoa. Kaksoisplaseboryhmässä kivut vähenivät 33 % ja lidokaiini-monoterapiaryhmässä 20 % alkutilanteeseen nähden. Tutkimuksessa ei todettu kipujen vähentyneen merkitsevästi lääkkeellisesti hoidetuissa ryhmissä verrattuna plasebovalmisteilla hoidettuihin ryhmiin. (22)

### **1.5.4 Kipukynnystä kohottavat lääkkeet sekä antikonvulsantit vulvodynian hoidossa**

Trisykliset antidepressantit (tricyclic antidepressant, TCA) ovat ensilinjan hoitokeino neuropaattisissa kiputiloissa lukuun ottamatta trigeminusneuralgiaa (23). Yleistyneessä vulvodyniassa ne ovat tehokkain kliininen hoitomuoto (2). Niiden hoitovasteesta vulvodyniapotilailla on kuitenkin tehty vain vähän laadukkaita tutkimuksia. Plasebo-kontrolloidussa tutkimuksessa ei onnistuttu osoittamaan, että desipramiinilla olisi tehoa vulvodynian hoidossa.



Plaseboryhmässä kivut vähenivät enemmän kuin itse TCA:lla hoidetussa ryhmässä (33 % vs. 24 %). (22)

Antikonvulsanteista eli kouristusta estävistä lääkeaineista gabapentiinia, pregabaliinia ja lamotrigiinia on lisääntyvästi käytetty sekä yleistyneen että paikallisen vulvodynian hoidossa sekä suun kautta että lääkevoiteena. Useimmat antikonvulsantit ovat turvallisia ja usein hyvin siedettyjä. (24) Antikonvulsantteja on käytetty niin sanottuina toisen linjan lääkkeinä vulvodynian hoitamisessa, jos trisykliset antidepressantit ovat olleet vasta-aiheisia, tai hoitovaste on jäänyt puutteelliseksi (2). Antikonvulsanttien vaikuttavuudesta on kuitenkin hyvin ristiriitaisia tutkimustuloksia, ja isot satunnaistetut kontrolloidut tutkimukset puuttuvat täysin. Yhdysvaltalainen satunnaistettu plasebokontrolloitu kaksoissokkoutettu tutkimus on kehitteillä, ja sen tutkimustuloksia odotetaan (25). Retrospektiivisessä tutkimuksessa 35 vulvodyniapotilasta käytti vähintään kahdeksan viikon ajan gabapentiinivoidetta vulvan alueelle. Vulvan alueen kivut vähenivät merkitsevästi alkutilanteeseen nähden. Tutkimuksen tuloksen luotettavuutta heikentää kuitenkin verrokkiryhmän ja satunnaistamisen puuttuminen sekä tutkimuspopulaation pienehkö koko. (26) Tämänhetkisen tiedon valossa gabapentiinin vaikuttavuudesta vulvodynian hoidossa tarvitaan lisää tutkimustuloksia ennen kuin vulvodynia voidaan lisätä sen viralliseksi käyttöaiheeksi.

### **1.5.5 Vestibulektomia**

Viimeisenä hoitomuotona on pidetty kirurgista vestibulektomiaa, jota käytetään vain pitkään jatkuneen vestibulodynian hoidossa, mikäli konservatiiviset hoidot eivät ole tehonneet (1,2,27). Suomalaisessa tapaus-verrokki -tutkimuksessa verrattiin vestibulektomian ja konservatiivisten hoitojen tuloksia. Tulokset osoittivat, että kummallakin hoitomuodolla saatiin lähes yhtä hyviä pitkäaikaisia hoitotuloksia. Vestibulektomian läpikäyneistä potilaista yhdyntäkivut vähenivät 66,7 %:lla ja ei-kirurgisesti hoidetuilla 78,1 %:lla. Konservatiivisesti hoidettujen potilaiden oireet olivat tosin alun alkaenkin lievemmat. (28)

### **1.5.6 Muut mahdolliset hoitomuodot**

Muita mahdollisia vulvodynian hoitumuotoja ovat ulkoisesti tai intravaginaalisesti laitettavat estrogeenivalmisteet, botuliinitoksiini-injektiot vulvan alueelle ja akupunktio. Niukasti oksalaattia sisältävä ruokavalio yhdistettynä kalsiumsitraatti-ravintolisään on esitetty myös mahdollisuutena vähentää vulvodyniakipuja. (27) Satunnaistetussa plasebokontrolloidussa kaksoissokkoutetussa

tutkimuksessa verrattiin botuliinitoksiinia sisältävää injektiohoitoa plasebovalmisteseen. Injektiohoito pistettiin bulbospongiosus-lihakseen. Kuuden kuukauden seuranta-aikana seurattiin annetun hoidon vaikutusta seksuaaliseen toimintakykyyn ja koettuun kipuun. Kivut vähenivät merkitsevästi kummassakin ryhmässä, mutta ryhmien välillä ei todettu eroa. (29)

## **1.6 Vulvodynian hoito erikoissairaanhoidossa**

Suomessa erityisesti yliopistosairaaloissa on vulvan alueen ongelmien hoitoon perehtyneitä erikoispoliklinikoita naistentautien poliklinikoilla. Suuri osa heidän potilaistaan kärsii vulvodyniasta. Tampereen yliopistollisen sairaalan (Tays) Naistentautien poliklinikalla (PGY) aloitettiin ns. vulvapoliklinikka vuonna 2009. Vulvodynian hoito on pyritty keskittämään muutamalle erikoislääkärille, ja samalla hoitokäytäntöjen on uskottu yhtenäistyvän. (2) Samalla aloitettiin tarjoamaan systemaattisesti seksuaalineuvontaa vulvodyniapotilaille. Naistentautien vastualueella on seksuaalineuvonnan erityispätevyyden saaneita sairaanhoitajia ja kättilöitä osana vulvodyniapotilaiden hoitohenkilökuntaa. Potilaiden puoliset ovat myös halutessaan mukana hoidossa. Lääkäreiden sekä muun hoitohenkilökunnan toimesta potilaat saavat Tays:ssa kirjallista sekä suullista tietoa vulvodyniasta ja sen hoidosta. Potilaille jaettava kirjallinen materiaali vulvodyniasta on tulostettavissa Pirkanmaan sairaanhoitopiirin (PSHP) sivuilla: ”Vulvodynia (potilasopas)”. [<http://www.tays.fi/default.aspx?contentid=15757&contentlan=1>]

## **1.7 Tutkimuksen tarkoitus**

Tämän kyselylomakkein toteutetun poikkileikkaustutkimuksen tarkoituksena oli selvittää vulvodyniapotilaiden kokemuksia hoidoistaan Tays:ssa ja mitata kipuasteikon avulla hoitovastetta saaduille hoidoille. Pyrimme myös kartoittamaan mahdollisia riskitekijöitä vulvodynian synnylle sekä sairauden vaikutuksia elämänlaatuun. Kyselytutkimus toteutettiin lääketieteen opintoihin kuuluvana syventävänä opinnäytetyönä

## 2 AINEISTO JA MENETELMÄT

Kyselylomake (liite 1) lähetettiin täysi-ikäisille potilaille, jotka olivat olleet Tays:n naistentautien poliklinikalla hoidossa vuosina 2003–2013 ja saaneet diagnoosiksi ICD10-luokituksen mukaan N94.1 (kivulias sukupuoliyhdyntä eli dyspareunia), N94.2 (vaginismus), N90.8 (muu ei-tulehduksellinen ulkosynnyttimien tai välilihan sairaus) tai N90.9 (määrittämätön ei-tulehduksellinen ulkosynnyttimien ja/tai välilihan sairaus) sekä heillä oli diagnosoitu vulvodynia.

Vulvodynian diagnosointiin käytettiin ISSVD:n kriteerejä: vulvan alueen krooninen kipu, viiltely, pistely, polttelu tai ärsytys, joka on kestänyt vähintään kolmesta kuuteen kuukautta ilman muita erityisiä löydöksiä. Paikallisen vulvodynian diagnoosiin vaadittiin kosketuksesta provosoituvaa kipua vulvan alueella tai positiivista vanupuikkotestiä. Yleistyneenä vulvodyniaa pidettiin silloin, jos kipu ei ollut kosketuksesta provosoituvaa. Tutkimusväestön ulkopuolelle jätettiin potilaat, joilla oli todettu akuutti sukupuolitauti, vulvan alueen puna- tai valkojäkälä tai vulvan alueen maligneja muutoksia. Tutkimuksen valintakriteerit täyttyivät 133 potilaan kohdalla. Heille lähetettiin kyselylomake postitse syyskuussa 2014. Vastausprosentti jäi tuolloin alle 50 %:n, joten päädyimme lähettämään vielä muistutuskirjeen vastaamattomille. Lopullinen vastausten lukumäärä nousi 70:een vastausprosentin ollen 52,6.

Lupa tutkimuksen toteuttamiselle haettiin Tays:n erityisvastuualueen alueelliselta eettiseltä lautakunnalta (ETL-koodi R14037). Kyselylomakkeen yhteydessä potilaille lähetettiin saatekirje, jossa kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta ja menetelmistä. Potilailta kerättiin myös suostumus erillisellä lomakkeella tutkimukseen osallistumisesta. Kyselylomakkeet sisälsivät tunnistenumeron, jotta myöhemmin olisi mahdollista verrata kyselylomakkeen tietoja sairaskertomuksen tietoihin. Tästä informoitiin potilaita saatekirjeessä.

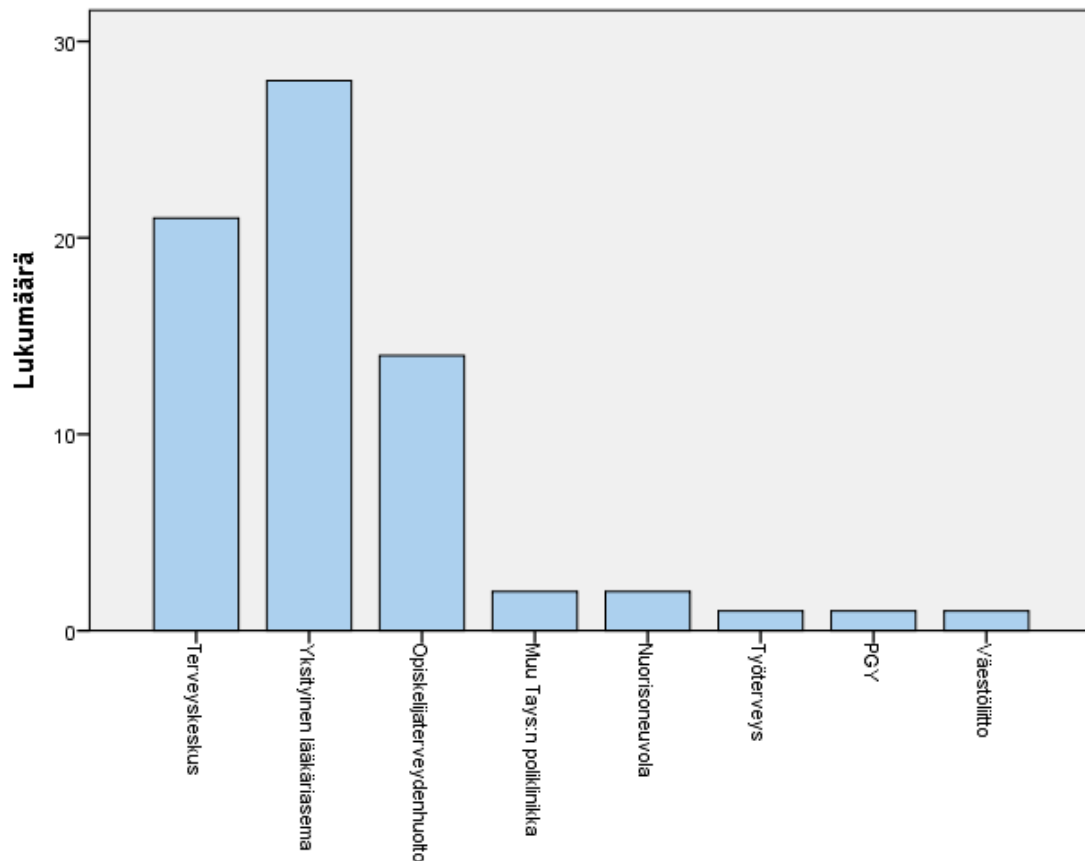
Kyselylomake sisälsi kysymyksiä vulvodynian vaikutuksesta elämänlaatuun, sairauden kulusta, hoitoon hakeutumisesta sekä hoitojen tehosta ja sujuvuudesta. Myös mahdollisia altistavia tekijöitä vulvodynian synnylle kartoitettiin. Potilaiden kokema kiputilanne mitattiin asteikolla 1-10 (1=eikä kipuja, 10=maksimaaliset kivut) ennen hoitoja ja hoitojen jälkeen. Lopuksi potilailla oli

mahdollisuus kertoa vapain sanoin kokemuksistaan ja ajatuksiaan saaduista hoidoista. Lomakkeesta saadut tulokset kerättiin Excel-tiedostoon, ja tulosten analysointi suoritettiin SPSS-20 ohjelman avulla. Tutkimuksen päädyttyä tehtiin seloste potilaista, joiden potilastiedoissa käytiin tutkimuksellisista syistä. Kyselylomakkeet sekä suostumuslomakkeet tullaan säilyttämään 15 vuoden ajan tutkimuksen alusta lähtien, jonka jälkeen ne hävitetään.

LK Vuoriston syventävä opinnäytetyö on osa laajempaa tutkimusta vulvodynian taustatekijöistä, vaikutuksista elämänlaatuun sekä hoidoista. LK Tuomaala on katsonut samaisten 133 potilaan sairaskertomuksista yleisiä ja gynekologisia taustatietoja, lääkitystiedot, yleisen muun sairaushistorian sekä vulvodynian taudinkulkuun liittyvät seurantakäyntitiedot. LK Tuomaalan tutkimus on tyypiltään retrospektiivisen kohorttitutkimus. Tutkimusten tulokset on tarkoitus yhdistää myöhemmin, ja kirjoittaa tulosten pohjalta tieteellinen artikkeli LL Anu Aallon toimesta.

### 3 TULOKSET

Tutkimukseen osallistuvien keski-ikä oli  $35,6 \pm 1,85$  vuotta. Vastanneiden ikähaarukka oli 19–80 vuotta. Potilaiden oireet olivat alkaneet keskimäärin 25,2 vuoden ikäisenä (SD 12,9 vuotta, min 12 vuotta, max 70 vuotta). Oireet olivat kestäneet keskimäärin kaksi vuotta ennen hoitoon hakeutumista. Jopa 14,2 % (n=10) vastanneista oli kärsinyt oireistaan 5 vuotta tai kauemmin ennen ensimmäistä vastaanottokäyntiä vulvodyniaoireiden takia. Kaksi potilasta ei muistanut oireiden alkamisikää, eikä kuinka kauan oireita oli kestänyt ennen hoitoon hakeutumista.



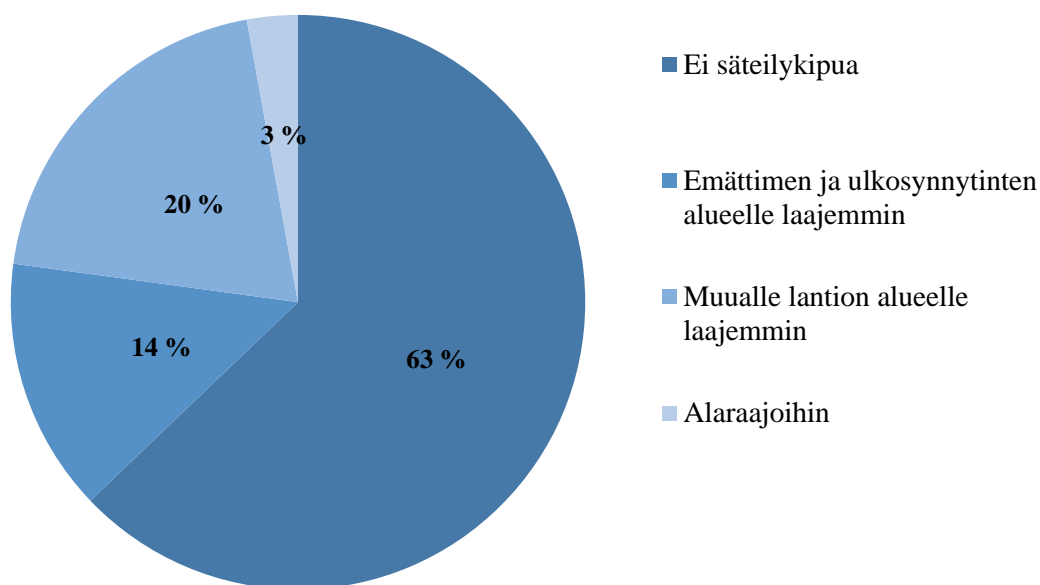
Kuva 2. Ensimmäinen hoitokontakti vulvodyniaoireiden takia

Yleisimmin ensimmäinen hoitokontakti vulvodyniaoireiden takia oli yksityinen lääkäriasema (kuva 2), josta myös lähetettiin eniten potilaita jatkoselvittelyitä varten PGY:lle. Jopa 45,7 % (n=32) läheteistä oli saatu yksityiseltä lääkäriasemalta. Toiseksi eniten läheteitä oli kirjoitettu terveyskeskuksista (18,6 %, n=13) ja seuraavaksi eniten opiskelijaterveydenhuollosta (15,7 %,

n=11). Yli puolet potilaista (60 %, n=42) koki saaneensa lähetteen PGY:lle nopeasti tai melko nopeasti lähettävältä taholta.

### 3.1 Potilaiden oirekuva

Suurin osa potilaista (80 %, n=56) vastasi oireiden olevan pääasiallisesti paikallisia. Provosoidusta vestibulodynasta kärsi 68,6 % (n=48) vastaajista. Kriteerit täyttyivät, kun kipu oli paikallista ja ärsykkeestä laukeavaa. Säteilykivun esiintyvyys potilasaineistossa ilmenee kuvasta 3. Mahdollisia säteilykipuja esiintyi alaraajoissa, vatsan, selän ja pakaroiden alueella, peräaukon sekä virtsaputken suulla sekä emättimessä. Tyypillisimmin (n=14) kipu säteili muualle lantion alueelle laajemmin.

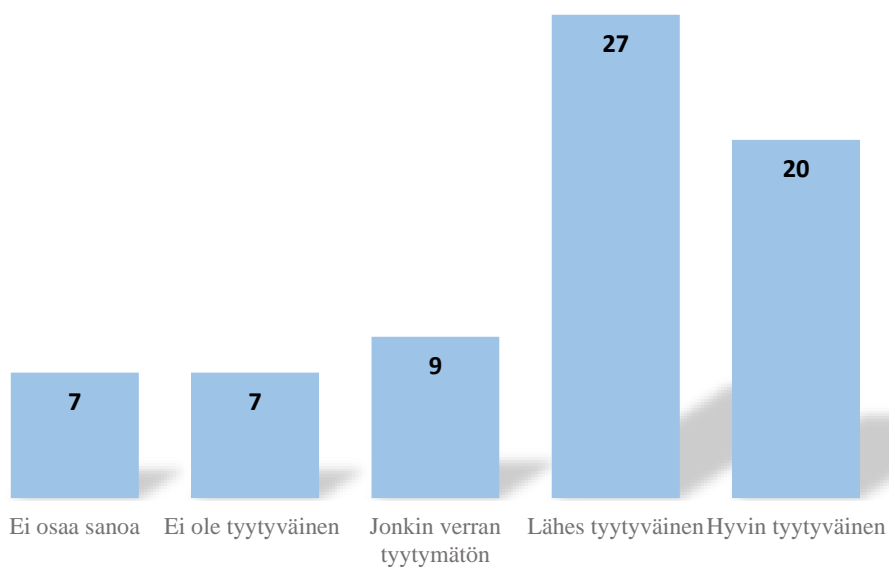


**Kuva 3.** Säteilykivun esiintyvyys ja paikantuminen

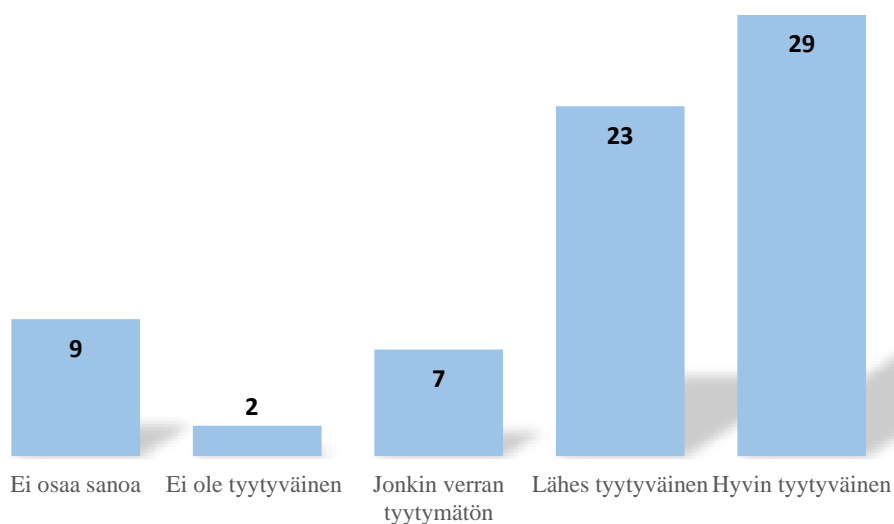
### 3.2 Kokemuksia Tays:n naistentautien poliklinikan hoidoista

Poliklinikka-aika lääkärille järjestyi potilaiden mielestä keskimäärin kohtuullisen nopeasti. 71,4 % (n=50) potilaista koki, että hoito PGY:llä oli edennyt sujuvasti tai melko sujuvasti ensimmäisen poliklinikka-ajan jälkeen. Osa potilaista kävi vastaanotolla vain yhden kerran, ja 10 potilasta vastasikin kyseiseen kysymykseen ”en osaa sanoa”. Tutkimuksessamme ei kysytty

vastaanottokäyntien lukumäärää. Potilastyytyväisyys kirjalliseen materiaaliin ilmenee kuvasta 4, ja kuvassa 5 on esitettyä potilastyytyväisyys suulliseen materiaaliin.



**Kuva 4.** Potilastyytyväisyys PGY:ltä saatuun kirjalliseen vulvodyniatietoon (n=70).



**Kuva 5.** Potilastyytyväisyys saadusta suullisesta tiedosta koskien vulvodyniaa ja sen hoitoa (n=70).

### 3.3 Mahdollisten riskitekijöiden kartoitus

Hormonaalista ehkäisymenetelmää oli käyttänyt 82,9 % potilaista (taulukko 1). Keskimäärin ehkäisyn käyttö oli aloitettu 18,5 vuoden ikäisenä. Hoitojen alussa 32,9 %:lla (n=23) tauotettiin tai lopetettiin hormonaalinen ehkäisy. Kyselystä jäi uupumaan tieto, oliko lopuilla potilailla hormonaalinen ehkäisy hoitojen alussa vai ei. Neljäsosa potilaista (n=18) ilmoitti käyttävänsä edelleen hormonaalista ehkäisyä. Yksinomaan desogestreeliä –sisältävä ehkäisyvalmiste oli eniten (n=4) käytössä.

**Taulukko 1.** Vulvodyniapotilaiden hormonaalisen ehkäisyn käyttöhistoria

<b>n=70</b>	<b>Hormonaalinen ehkäisyväline</b>
<b>Ei ole käyttänyt</b>	17,1 % (n=12)
<b>On käyttänyt</b>	82,9 % (n=58)
- Yhdistelmäehkäisyvalmisteita	41,4 % (n=29)
- Keltarauhashormonivalmisteita	2,9 % (n=2)
- Yhdistelmäehkäisyä + keltarauhashormonivalmisteita	25,7 % (n=18)
- On käyttänyt, mutta ei muista minkä tyyppisiä	12,9 % (n=9)

Hiiva- tai muuta tulehdusta poistavaa lääkitystä oli yhtenä hoitomuotona käytetty 34,3 %:lla (n=24) vastaajista. Hiiva- ja emätintulehdusten yleisyys vulvodyniapotilailla, ja tulehdusten ajoittuminen vulvodyniaoireiden alun suhteen ilmenee taulukosta 2. Koskien lääkärin diagnosoimia hiiva- ja emätintulehduksia analysoinnissa otettiin huomioon myös tapaukset, joissa osa tulehduksista oli ollut lääkärin toteamia ja osa itse diagnosoituja. Potilaiden katsottiin tunnistavan oireensa helpommin, kun tulehdus oli jo kertaalleen todettu lääkärin toimesta.



**Taulukko 2.** Vulvodyniapotilaiden emättimen hiivatulehdusten ja emätin-/ulkosynnytintulehdusten prevalenssi tutkimusaineistossa, sekä tulehdusten aikasuhte vulvodyniaoireiden alkuun.

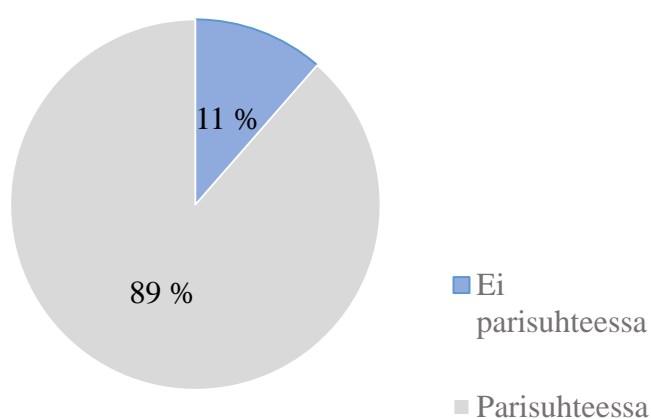
<b>n=70</b>	<b>Emättimen hiivatulehduksia</b>	<b>Emätin-/ ulkosynnytintulehduksia<sup>1</sup></b>
<b>Toistuvia tulehduksia<sup>2</sup></b>	37 (52,9 %)	16 (22,9 %)
<b>Tulehduksia ennen vulvodyniaoireiden alkua</b>	17	6
<b>Lääkärin toteamia tulehduksia</b>	32	6

<sup>1</sup> esimerkiksi bakteerivaginoosi

<sup>2</sup> enemmän kuin kolme tulehdusta

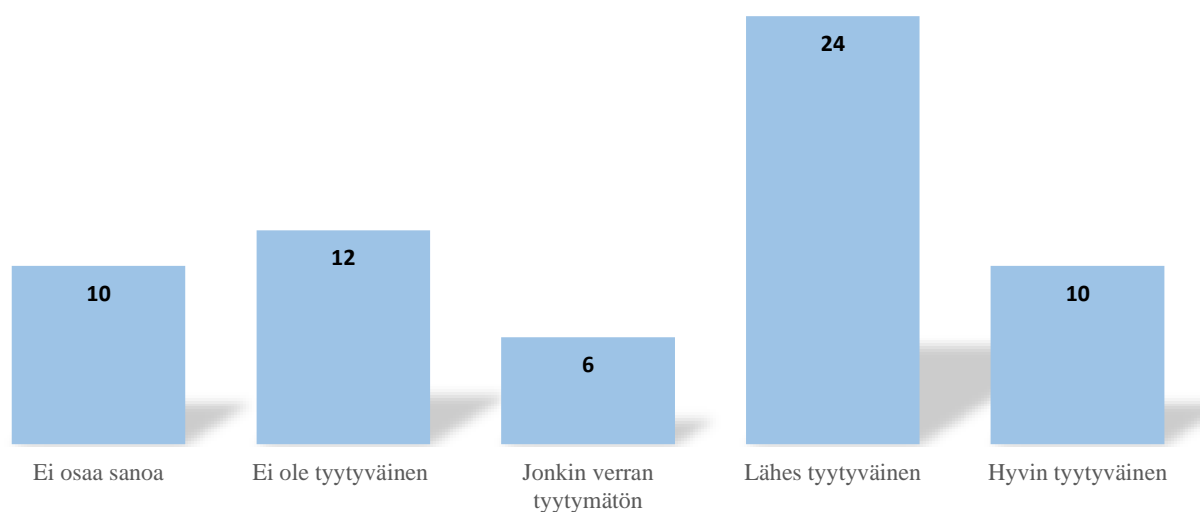
### 3.4 Parititeetti sekä hoitojen vaikutus parisuhteeseen ja elämänlaatuun

Hoitojen aikana parisuhteessa olleiden potilaiden osuus ilmenee kuvasta 6. Suurin osa (n=50) parisuhteessa hoitojen aikana olleista ilmoitti puolison huomioon otettavien hoitojen toteutuksessa olevan tärkeää hoitojen etenemisen kannalta. Näin koki tapahtuneen 55 % (n=34) parisuhteessa olleista.

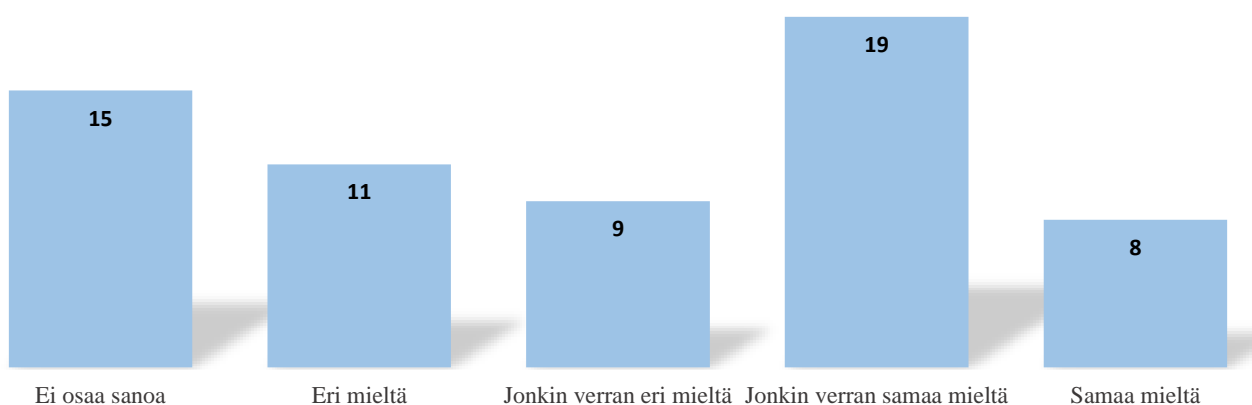


**Kuva 6.** Parisuhdestatus hoitojen aikana. (n=70).

Vastanneista potilaista 29 %:a oli tyytymätön PGY:n tapaan huomioida heidän kumppaninsa (kuva 7). Hoidot vaikuttivat positiivisesti parisuhteen laatuun 37 potilaalla (kuva 8). Potilailla, joilla parisuhteen tilanne parani huomattavasti hoitojen seurauksena, todettiin kipujen vähentyneen selvästi verrattuna alkutilanteeseen (ennen hoitoja oli keskimäärin 8 ja hoitojen jälkeen 2). 37,1 % (n=26) potilaistamme oli synnyttänyt. Näistä 14 potilaalla vulvodyniaoireet olivat alkaneet ennen ensimmäistä raskautta. 12 potilaalla oireet olivat alkaneet vasta myöhemmin synnytyksen jälkeen. Kyselyssä ei ollut kysytty johtuivatko vulvodyniaoireet mahdollisesti synnytysstraumoista.

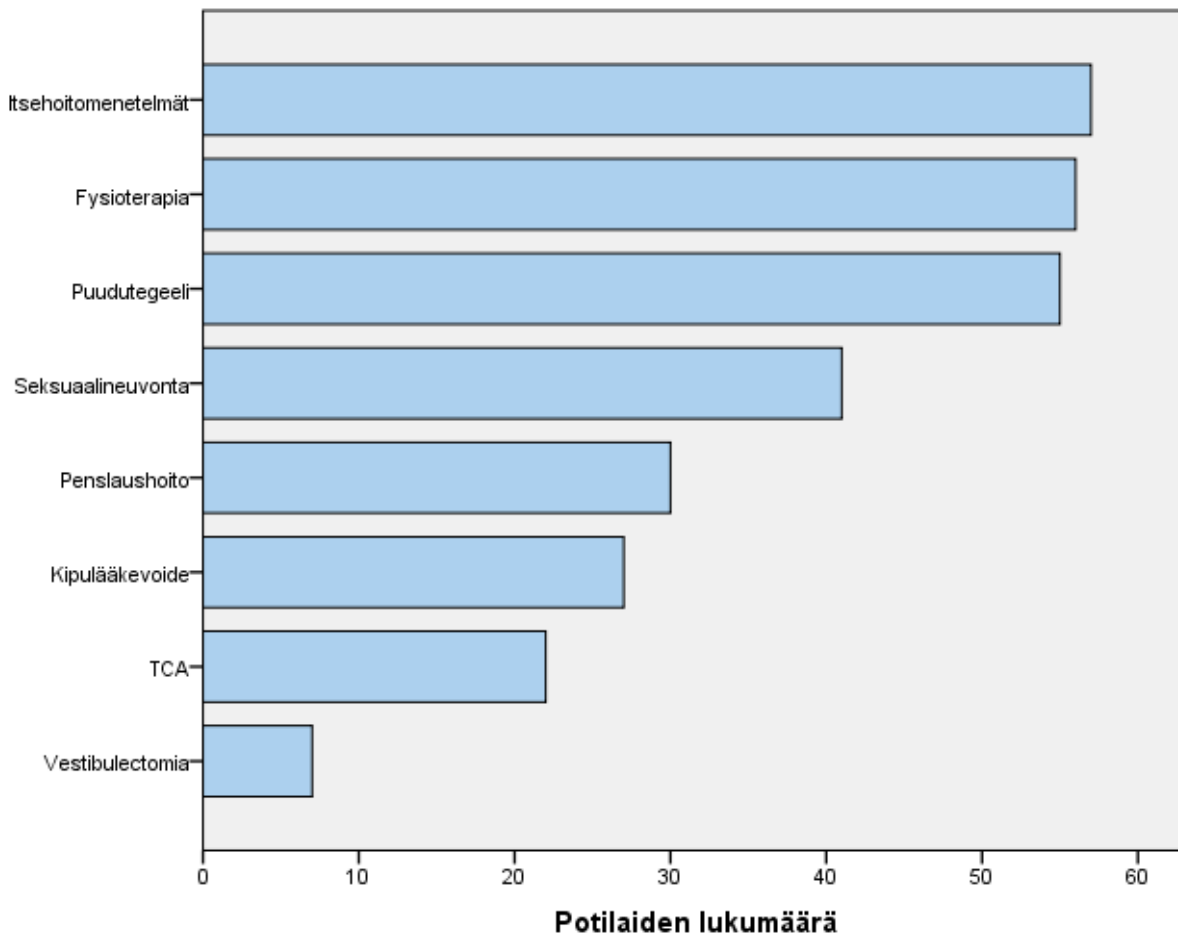


**Kuva 7.** Parisuhteessa hoitojen aikana olleiden potilaiden tyytyväisyys naistentautien poliklinikan tapaan huomioida heidän kumppaninsa hoitojen aikana.



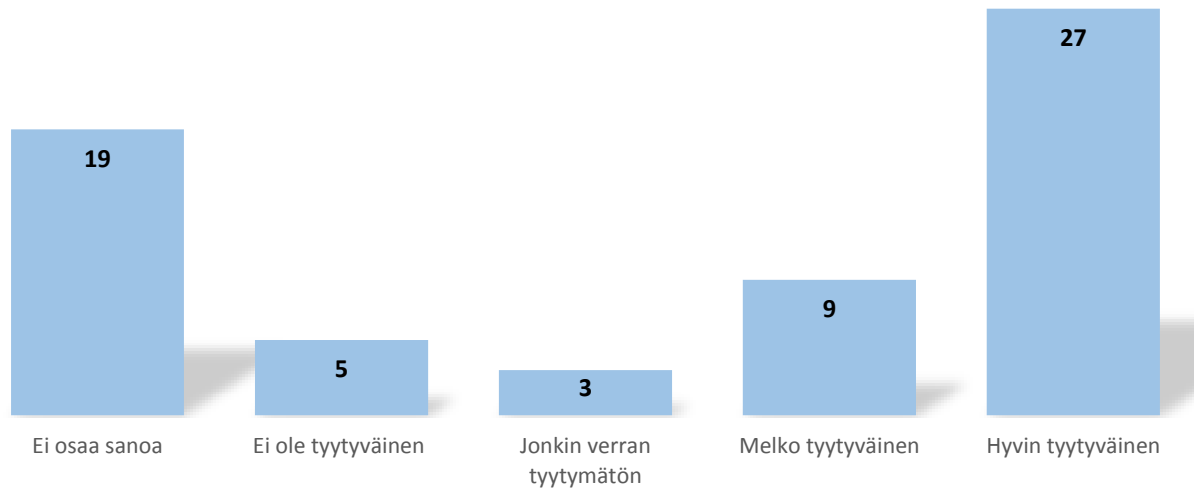
**Kuva 8.** Parisuhteessa olleiden potilaiden mielipide hoitojen positiivisesta vaikutuksesta parisuhteen laatuun.

### 3.5 Käytetyt hoitomenetelmät

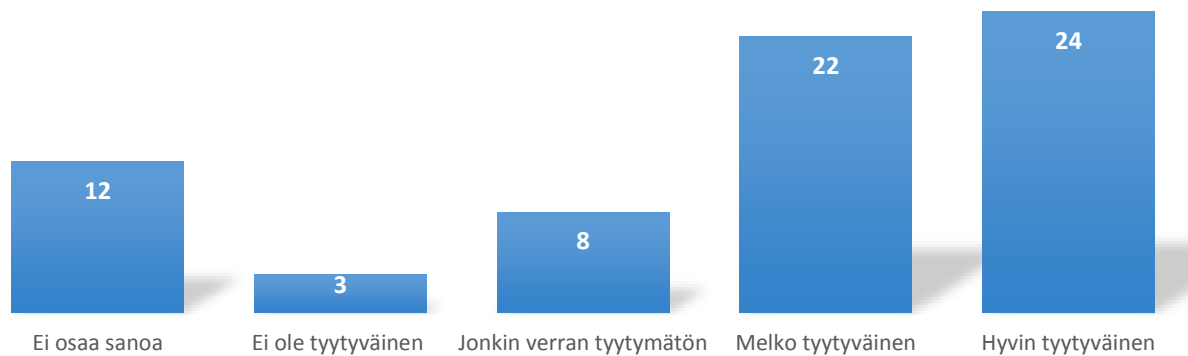


**Kuva 9.** Käytetyt hoitomenetelmät ja niiden yleisyys.

Käytettyjen hoitomenetelmien yleisyys ilmenee kuvasta 9. Itsehoitomenetelmät, fysioterapia sekä paikallinen puudutegeeli tai -voide olivat selvästi yleisimmät käytetyt hoitomenetelmät. Kipukynnystä kohottavia lääkkeitä olivat esimerkiksi amitriptyliini (Triptyl®) ja pregabaliini (Lyrica®). Vestibulektomia tai jokin muu kirurginen toimenpide oli tehty seitsemälle potilaalle. Koskien seksuaalineuvojan asiantuntevuutta vulvodynian suhteen käsittelevään kysymykseen vastasi suuri osa potilaista ”en osaa sanoa” (kuva 10). Seitsemän potilasta jätti kohdan kokonaan tyhjäksi. He ovat saattaneet olla hoidossa jo ennen 2010-lukua, kun ei vielä ollut erillistä seksuaalineuvontaa osana hoitoa.

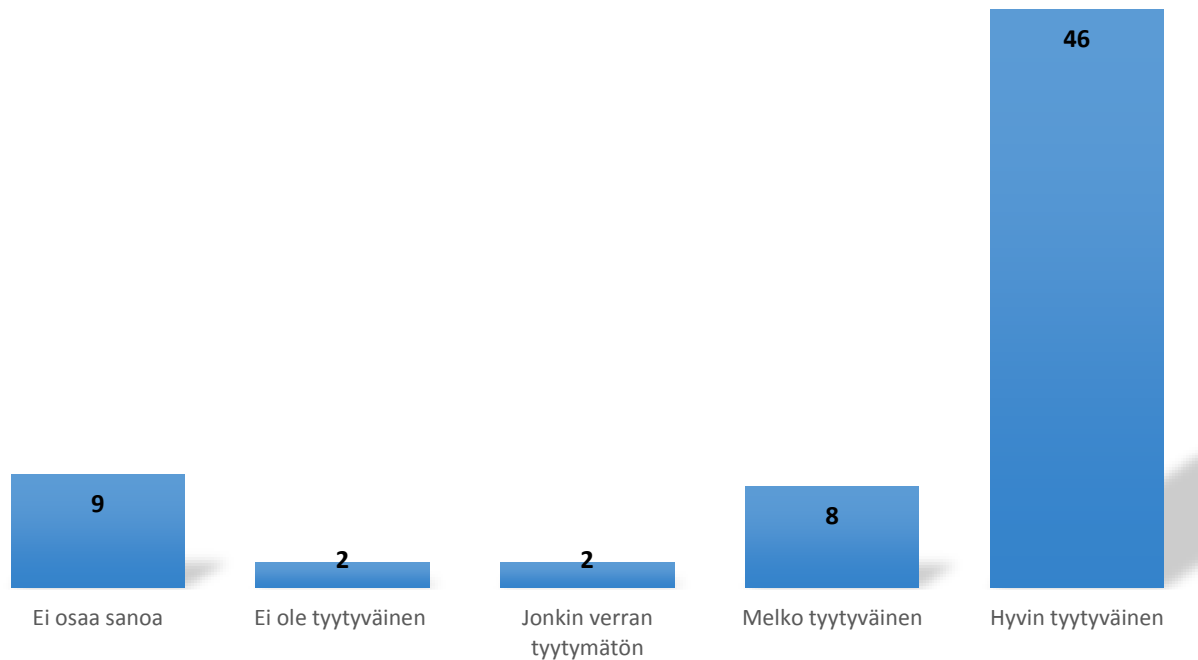


**Kuva 10.** Tyytyväisyys seksuaaliterapeutin asiantuntevuuteen vulvodynian suhteen.



**Kuva 11.** Tyytyväisyys PGY:n lääkärin asiantuntevuuteen vulvodynian suhteen.

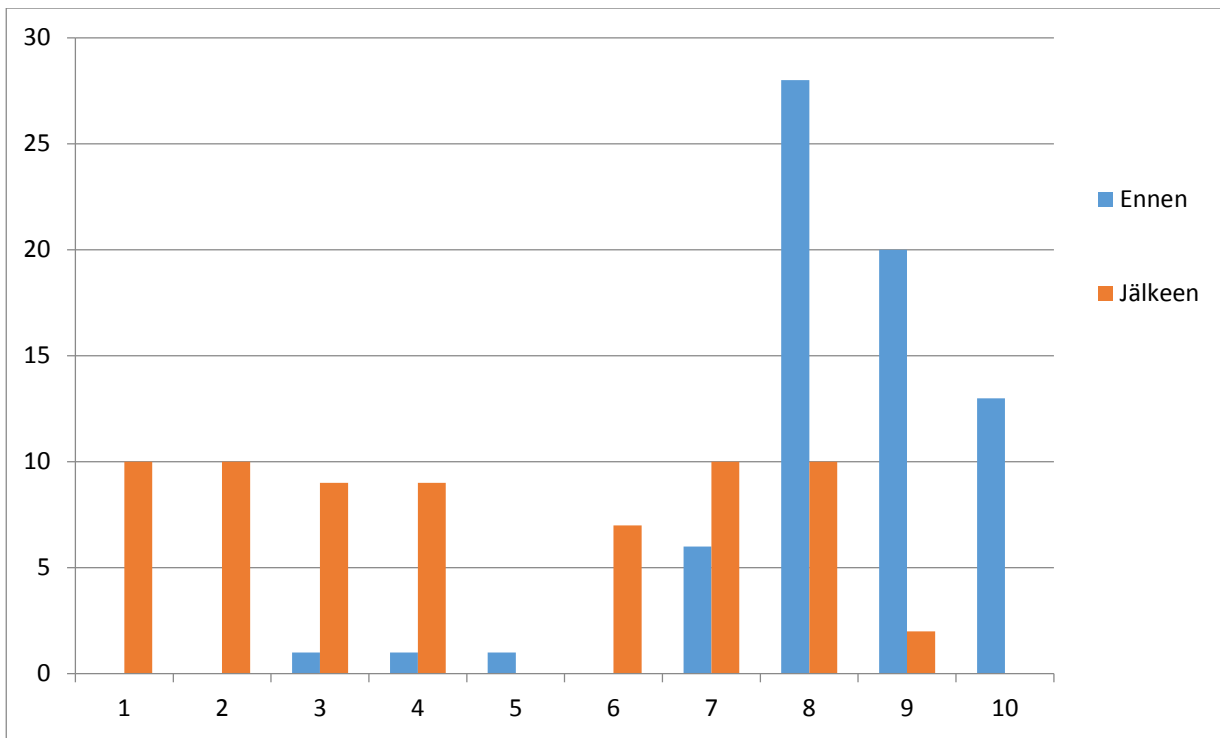
Yli kaksi kolmasosaa kaikista vulvodyniampotilaista oli melko tyytyväisiä tai tyytyväisiä lääkärin vulvodyniamuutokseen (kuva 11). Lääkärin vaihtuvuus sai eniten negatiivista palautetta. Potilaista 62,9 % (n=42) ilmoitti lääkärin vaihtuvuuden olevan haitaksi joko hoitojen tai seurannan aikana. Erityiskiitosta saivat vulvodyniampotilaita hoitaneet fysioterapeutit. Fysioterapiaan hyvin tyytyväisiä potilaita oli yhteensä 46 (kuva 12). Hoitohenkilökunnan tapaan suhtautua potilaan ulkosynnyttöoireisiin oli 49 potilasta melko tyytyväinen tai tyytyväinen.



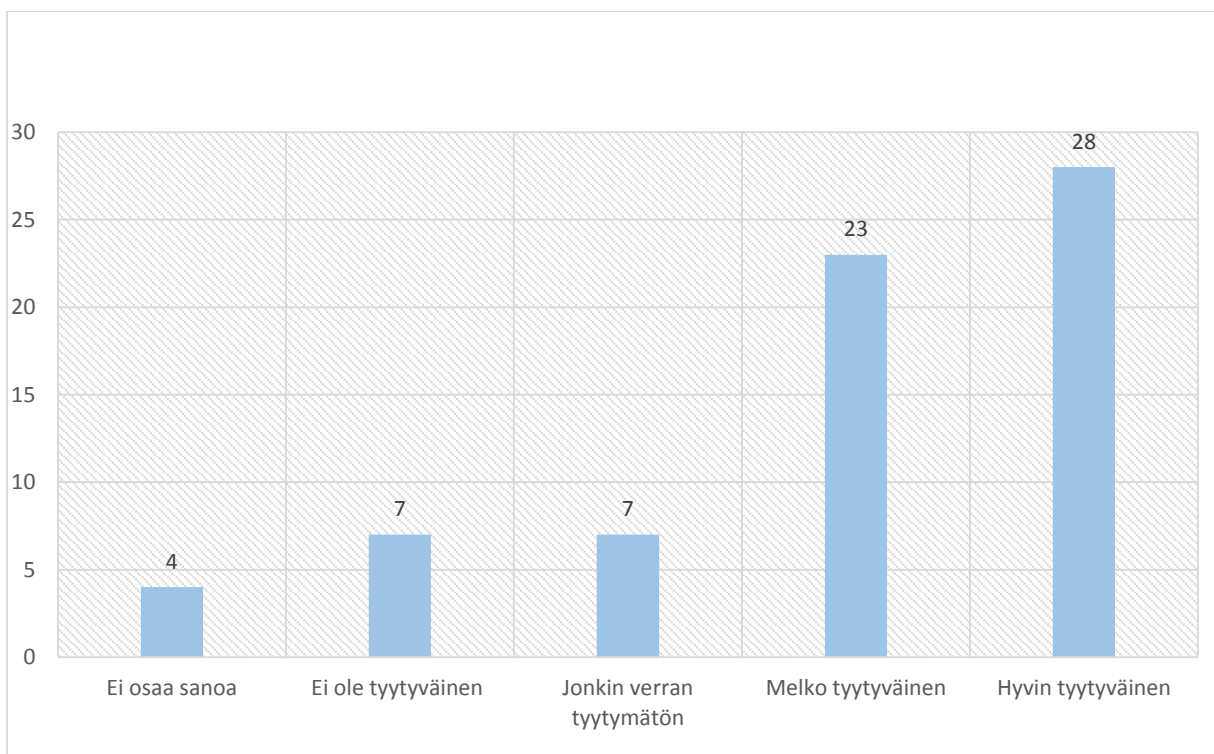
**Kuva 12.** Tyytyväisyys fysioterapeuttien asiantuntemukseen vulvodynian suhteen.

### 3.6 Kivun arviointi ennen ja jälkeen hoitoja

Potilailta kysyttiin kipuaasteikolla (1–10, 1 = ei kipuja, 10 = maksimaaliset kiput) mitattuna kipujen määrää ennen hoitoja ja hoitojen jälkeen (kuva 13). Keskiarvo koetulle kivulle ennen hoitoja oli 8,40 (min 3, max 10) ja hoitojen jälkeen 4,54 (min 1, max 9). Potilailla, joille oli tehty jokin emättimen kirurginen toimenpide, oli kipuarvo ennen annettuja hoitoja keskimäärin 8,1 (min 7, max 10) ja hoitojen jälkeen kiputilanne oli keskimäärin 3,9 (min 1, max 7). Suuri osa potilasta koki saaneensa apua ulkosynnytinoireisiinsa Tays:ssa (kuva 14).



**Kuva 13.** Kipuasteikolla (1–10) mitattuna potilaiden kokema kipumäärä ennen hoitoja ja hoitojen jälkeen.



**Kuva 14.** Tyytyväisyys Tays:ssa saatuun apuun koskien ulkosynnytinoireita.

### 3.7 Tämän hetkinen hoitojen tilanne ja mahdolliset lääkehoidot

Vastaushetkellä 13 potilaalla hoidot olivat vielä kesken PGY:llä vulvodynian takia. Kaksi potilasta ei osannut sanoa, ovatko heidän hoitonsa vielä kesken. Vastanneista potilaista 22:lla on käytössä jokin pysyvä lääkitys tällä hetkellä. Lääkkeisiin voinee kuulua myös perussairauksien lääkityksiä. Vulvodyniaan käytettävien lääkkeiden ja muiden psyykelaäkkeiden käyttömäärät ilmenevät taulukosta 3. Yhdellä potilaalla oli lisäksi käytössä bentsodiatsepiini. Osa potilaista on voinut jättää ilmoittamatta lääkevoiteita tai -geelejä, jos ei ole ymmärtänyt niiden kuuluvan käytettäviin lääkkeisiin.

**Taulukko 3.** Potilaiden lukumäärä, joilla käytössä jokin psyykelaäkitys tai vulvodyniaan yleisesti käytetty lääke.

Potilaat, joilla käytössä:	
- TCA-lääkitys <sup>1</sup>	3
- SSRI-lääkitys <sup>2</sup>	1
- TCA + SSRI	1
- muu masennuslääkitys <sup>3</sup>	1
- antikonvulsantti, p.o.	3
- antikonvulsantti, voide	2

<sup>1</sup> trisykliset masennuslääkkeet

<sup>2</sup> selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät

<sup>3</sup> esimerkiksi bupropioni (Voxra®)

## 4 POHDINTA

Tutkimukseen kelpuutetut potilaat valittiin potilastiedoista vulvodyniakriteerien täytyttyä. Pumpulitikkutesti oli positiivinen, kipu oli kestänyt yli kolme kuukautta ennen diagnoosin asettamista ja oireet sopivat vulvodyniaan. Epäselvät tapaukset käsiteltiin yhdessä erikoistuvan lääkärin kanssa. Muutamassa epäselvässä tapauksessa kysyttiin vielä kolmen naistentautien erikoislääkärin mielipidettä tutkimukseen mukaan ottamisesta. Kyselylomakkeen saaneet 133 potilasta ovat siis suurella todennäköisyydellä ns. oikeita vulvodyniapotilaita, joten voimme olettaa, ettei kyselyä lähtenyt vulvodyniasta kärsimättömille potilaille. Vain yksi vastanneista epäili, oliko hänellä oikea diagnoosi. Hänen vastauksia emme voineet kuitenkaan ottaa tutkimukseen mukaan, koska täytettyä suostumuslomaketta ei palautettu.

Vulvodynia on vielä tänä päivänä varsin tuntematon aihe suurelle osalle väestöstä, jopa lääkäreille. Vulvodyniaa esiintyy kaiken ikäisillä naisilla, ja hoitoon pääsy voi viivästyä taudin tuntemattomuuden takia. Myös vaivan intiimin luonteen takia potilaat hakeutuvat lääkäriin myöhään. Kuitenkin jo diagnoosin asettaminen ja sairaudelleen nimen saaminen voi tuoda osalle potilaista helpotusta ja ymmärrystä oireisiinsa. Kyselymme perusteella jäi epäselväksi, olivatko potilaat tietoisia sairauden luonteesta ennen diagnoosin saamista. Myöskään tässä kyselyssä ei selvinnyt, oliko potilailla ollut aiemmin vastaavia oireita.

Yksityinen lääkäriasema oli tavallisimmin ensimmäinen hoitokontakti vulvodyniasta kärsivällä potilaalla, ja sieltä lähetettiin naistentautien poliklinikalle jatkoselvittelyitä varten enemmän vulvodyniapotilaita kuin yleislääkärin vastaanotolta terveysasemalta. Mahdollisesti potilaat herkemmin hakeutuvat erikoislääkärin vastaanotolle taudin arkaluontoisuuden takia. Vulvodynia-opetusta on viime vuosina lisätty lääketieteen kandidaatin perusopetukseen, jotta myös avoterveydenhuoltoon saataisiin vulvodynia-tietämystä ja näin nopeutettaisiin potilaiden pääsyä asiantuntevaan hoitoon (2).

Potilaiden kuunteleminen on ensisijaisen tärkeää, ja useat potilaat toivat esille kysymyslomakkeen vapaamuotoisessa kommenttiosiossa toiveen, että heitä hoidettaisiin kokonaisvaltaisesti. Pääosin



potilaat olivat sangen tyytyväisiä Taysin PGY:llä saatuun hoitoon. Suurin ongelma potilaiden näkökulmasta oli lääkärien jatkuva vaihtuvuus. Yliopistosairaaloissa on vaikeaa kohdentaa potilaita aina samoille lääkäreille, joten on tärkeää panostaa vulvodyniapotilaiden kohtaamiseen ja hoidon samankaltaisuuteen eri lääkärien välillä, vaikka jokaiselle potilaalle luodaankin oma hoitosuunnitelmansa. Muutama potilaistamme koki lääkärikäyntien loppuneen kuin seinään ja jääneensä vaivansa kanssa täysin yksin. Ajatus kuten ”Olenko minä liian vanha hoidettavaksi tämänkaltaisten vaivojen takia?” jäi myös askarruttamaan muutamaa potilasta.

Tays:ssa on lantionpohjan vaivoihin erikoistuneita fysioterapeutteja, jotka saivat runsaasti kiitosta antamastaan hoidostaan. Potilaat kokivat myös, että fysioterapeutit tukivat heitä sairauden hyväksymisessä ja hoitivat heitä yksilöinä. Tämän tutkimuksen perusteella ei voida eritellä pelkkää fysioterapian ja sen liitännäishoitojen tehoa vulvodyniakipujen hoidossa kokonaisvaltaisesta henkilökunnalta saadusta hoidosta ja henkisestä tuesta. Julkaistut tutkimukset kuitenkin osoittavat fysioterapian vaikuttavuudesta vulvodynian hoidossa.

Kaksi kolmasosaa potilaistamme kärsi ärsykkeestä laukeavasta vestibulodynialta. Sekä vestibulodynialla että essentiaalisessa vulvodynialla voi esiintyä säteilykipua. Potilaistamme 37 %:lla esiintyi jonkinasteista säteilykipua. Pahimmillaan kipu voi säteillä vestibulumista aina alaraajoihin asti ja aiheuttaa potilaalle toimintakyvyn huomattavan laskun. Vulvodyniapotilaiden taudinkuvan luokittelu jäi tässä tutkimuksessa vajavaiseksi johtuen tiedon puutteesta ja soveltamattomuudesta. Potilaskertomuksista saatavien tietojen perusteella potilaat voitaisiin tarkemmin luokitella vulvodynian alatyyppeihin ja verrata eri hoitomuotojen vaikutuksia koettuun kipuun eri vulvodynian alaluokkien välillä. Vestibulektomian on todettu tuovan parempia hoitotuloksia sekundaarisessa vestibulodynialla (30,31). Vastanneista seitsemälle oli tehty jonkinlainen vulvan alueen kirurginen leikkaus. Heidän sairaskertomusten tarkempi tarkastelu selvittäisi, tukevatko hoitotulokset eri alaryhmien välillä aikaisempia tutkimustuloksia.

Vulvodynia voi aiheuttaa hankalia yhdyntäkipuja. Vulvodyniapotilailla onnistuneet sukupuoliyhdyntäkokemukset voivat kuitenkin olla mahdollisia ajan kuluessa sekä hoitojen seurauksena. Suurin osa potilaistamme (n=55) oli käyttänyt jonkinlaista ulkosynnyttimien alueen puudutegeeliä tai -rasvaa, jotka voivat helpottaa oireita hetkellisesti. Osalla kivut voivat tosin hoidoistakin huolimatta olla niin vaikeita, että yhdynnät eivät onnistu. Tutkimuksemme potilaista suurin osa oli hoitojen aikana parisuhteessa ja synnyttäneitä oli 37,1 % (n=26). Ruotsalaisessa

retrospektiivisessä väestöpohjaisessa tutkimuksessa todettiin vestibulodynia- tai vaginismus-diagnoosin saaneiden olevan korkeakoulutetumpia, useammin naimattomia, synnyttämättömiä sekä työttömiä kuin vastaavan ikäiset naiset, joilla ei ole kyseisiä oireita tai sairauksia (32).

Tutkimuksemme tutkimusasetelmasta ja puuttuvista kysymyksistä johtuen on mahdotonta verrata tämän tutkimuksen tuloksia ruotsalaisen tutkimuksen tuloksiin.

Potilaan mahdollinen kumppani on myös tärkeää huomioida hoidoissa. Naisen kokema dyspareunia vaikuttaa myös puolisoon sekä hänen seksuaalielämäänsä. Joissakin tapauksissa puolison voi olla vaikeaa hyväksyä taudin olemassaoloa, ja hän voi syyttää sairaudesta myös itseään. Sekä potilaalle että hänen kumppanilleen on tärkeää kertoa, että vulvodynian hoito voi olla pitkäkestoista ja haastavaa. Seurantakäyntejä onkin hyvä varata potilaille tietyn väliajoin oireiden jatkuessa. Osa potilaista oppii elämään sairautensa kanssa ja hyväksymään sen osana itseään. Osa myös paranee täysin tai oireet helpottavat. Tutkimuksemme mukaan hieman alle puolella parisuhteessa eläneistä potilaista hoidot vaikuttivat parisuhteeseen laatuun positiivisesti.

Vulvodynian hoito kehittyi sekä uusien tutkimustulosten perusteella että empiirisesti koko ajan. Yleisimmät annetut hoitomenetelmät olivat itsehoitomenetelmien ohjeistus, fysioterapia sekä puudutegeelit ja -voiteet. Kipuasteikolla 1–10 mitattuna potilaiden kokema kipu helpottui huomattavasti, ja lukuarvo lähes puolittui hoitojen seurauksena. Osa hoitojen vaikutuksista välittynee myös henkisellä tuella, mitä hoitohenkilökunta on antanut potilaille. Vulvodynian kivut voivat olla hyvin fluktuoivia, ja potilaiden voi olla vaikea määrittää varsinkin hoitojen jälkeinen omakokemus kivuistaan yhden numeron tarkkuudella. Osa potilaista ilmoitti kipuarvon kahden numeron välillä, ja näissä tapauksissa laskettiin keskiarvo luvuille. Hoidoista voi olla kulunut aikaa, ja potilaiden voi olla hankala määrittää tai muistaa kiputilannetta hoitojen alussa tai jälkeen. Pidämme kuitenkin kipuarvon muutosta alkutilanteeseen nähden huomattavana (8,40 vs. 4,54). Suuri osa potilaista hyötyi annetuista hoidoista, joten tämän hetkinen hoitokäytäntö on hyödyllinen.

Potilaille lähetetyssä kysymyslomakkeessa oli valitettavasti virhe. Tarkoituksena oli kysyä potilaiden kiputilannetta VAS-asteikkoa (Visual Analogue Scale) kipuasteikolla 0–10) käyttäen. Inhimillisen erehdyksen takia kysymyslomakkeeseen tuli asteikko 1–10. Kuitenkin selityksissä oli korostettu, että 1 = ei kipuja ja 10 = maksimaaliset kivut, joten ei muodostunut tilannetta, missä ei-kipuja kuvaavat arvot olisivat jääneet ilmoittamatta.

Emättimen hiivasienitulehduksen sekä muiden vulvan alueen tulehduksien vaikutus vulvodynian etiologiaan jäi tässä tutkimuksessa epäselväksi. Tutkimuksessamme potilaat olivat kärsineet toistuvista hiivasienitulehduksista ja emätintulehduksista (53 % ja 23 %). Kuitenkin mitään merkitsevää eroa tulehduksia sairastaneilla ja sairastamattomilla emme saaneet selville. On mahdollista, että osa vulvan alueen tulehduksista on alun perinkin ollut vulvodynian oireita, ja todellisten tulehdusten määrä on ollut pienempi kuin mitä on luultu. Verrokkiryhmän puuttuessa tutkimuksen perusteella ei selvinnyt, onko vulvodyniapotilailla ollut enemmän vulvan alueen tulehduksia.

Hormonaalista raskauden ehkäisyä oli käyttänyt suurin osa vastaajista. Myös Tays:ssa on käytäntö, että mahdolliset ehkäisytabletit suositellaan lopetettavaksi vulvodyniaa epäiltäessä. Emme saaneet tässä tutkimuksella selvyttä, mikä suhde oli ehkäisytablettien käytöllä ja sen lopettamisella vulvodynian oireisiin ja syntyyn. Kuitenkin vastanneiden joukossa oli myös naisia, jotka eivät olleet koskaan käyttäneet hormonaalista raskauden ehkäisyä. Neljäsosalle oli uudelleen aloitettu hormonaalinen ehkäisy sairauden diagnosoinnin jälkeen. Yksinomaan keltarauhashormonia sisältävät yhdisteet näyttivät olevan parhaiten siedettyjä.

Tulosten luotettavuuteen voi heikentävästi vaikuttaa muistiharha. Osalla hoidot ovat voineet olla jo 2000-luvun alkupuolella, ja oireet ovat voineet olla myös hetkellisiä. Luotettavuutta kuitenkin lisää se, että suurella osalla potilaista oireet ovat olleet vuosia hyvin samankaltaisia. Vain alle joka viidellä vastanneista olivat hoidot vielä kesken PGY:llä. Vastaamattomien joukossa voinee olla enemmän potilaita, joilla hoidot ovat vielä kesken. Saatekirjeessä korostettiin, että vastaus tai vastaamattomuus ei vaikuta hoitoihin. On kuitenkin mahdollista, että osa on voinut jättää vastaamatta kyselyyn, koska on pelännyt vastauksien vaikuttavan tuleviin hoitoihin.

Vastausprosentti oli yllättävän korkea. Vastanneiden edustavuutta koko tutkimusväestöön on mahdotonta sanoa kyselytutkimuksen perusteella. Tätä on myöhemmin mahdollista analysoida vertaamalla vastaamattomien tietoja vastanneisiin potilastietojärjestelmän avulla. Jotkut potilaat ovat voineet jättää vastaamatta kyselyyn, jos kysymykset ovat tuntuneet liiankin henkilökohtaisilta. Vastanneista löytyi myös positiivisesti kyselytutkimukseen suhtautuvia, jotka olivat hyvin vaikuttuneita, kun vulvodyniasta on tekeillä kyselytutkimus, ja he halusivat mielellään välittää tietoa sairaudestaan eteenpäin.

## LÄHTEET:

- 1) Goldstein AT, Marinoff SC, Haefner HK. Vulvodynia: Strategies for Treatment. *Clin Obstet Gynecol* 2005;48:769–85.
- 2) Paavonen J. Vulvodynia. *Suom Lääkäril* 2013;68:487–90.
- 3) Gevirtz C. Pain Management of Vulvodynia and Dyspareunia. *Postgraduate Obstetrics & Gynecology* 2012;32(21):1–7.
- 4) Haefner HK. Report of International Society for the Study of Vulvovaginal Disease Terminology and Classification of Vulvodynia. *J Low Genit Tract Dis* 2007;11:48–49.
- 5) Aerts L, Bergeron S, Corsini-Munt S, Steben M, Paquet M. Are primary and secondary provoked vestibulodynia two different entities? A comparison of pain, psychosocial, and sexual characteristics. *J Sex Med* 2015;12(6):1463–73.
- 6) Brotto LA, Sadownik LA, Thomson S, Dayan M, Smith KB, Seal BN, Moses M, Zhang A. A comparison of demographic and psychosexual characteristics of women with primary versus secondary provoked vestibulodynia. *Clin J Pain* 2014;30(5):428–35.
- 7) Reed BD, Harlow SD, Sen A, et al. Prevalence and demographic characteristics of vulvodynia in a populationbased sample. *Am J Obstet Gynecol* 2012;206:170.e19.
- 8) Reed BD, Haefner HK, Sen A, Gorenflo DW. Vulvodynia Incidence and Remission Rates Among Adult Women. *Obstet Gynecol* 2008;112:23–17.
- 9) Bohm-Starke N. Medical and physical predictors of localized provoked vulvodynia. *Acta Obstet Gynecol* 2010;89:1504–10.
- 10) Bouchard C, Brisson J, Fortier M, Morin C, Blanchette C. Use of Oral Contraceptive Pills and Vulvar Vestibulitis: A Case-Control Study. *Am J Epidemiol* 2002;156(3):254–61.
- 11) Reed BD, Harlow SD, Legocki LJ, Helmuth ME, Haefner HK, Gillespie BW, Sen A. Oral contraceptive use and risk of vulvodynia: a population-based longitudinal study. *BJOG* 2013;120(13):1678–84.
- 12) Piper CK, Legocki LJ, Moravek MB, Lavin K, Haefner HK, Wade K, Reed BD. Experience of Symptoms, Sexual Function, and Attitudes Toward Counseling of Women Newly Diagnosed With Vulvodynia. *J Low Genit Tract Dis* 2012;16:447–53.
- 13) Ponte M, Klemperer E, Sahay A, Chren MM. Effects of vulvodynia on quality of life. *J Am Acad Dermatol* 2009;60:70–6.
- 14) Groysman V. Vulvodynia: New Concepts and Review of the Literature. *Dermatol Clin* 2010;28:681–96.
- 15) Inglesias-Rios L, Harlow SD, Reed BD. Depression and Posttraumatic Stress Disorder Among Women with Vulvodynia: Evidence from the Population-Based Woman to Woman Health Study. *J Womens Health* 2015;24(7):557–62.
- 16) Reed BD, Harlow SD, Sen A, Edwards RM, Chen D, Haefner HK. Relationship Between Vulvodynia and Chronic Comorbid Pain Conditions. *Obstet Gynecol* 2012;120:145–51.
- 17) Vallinga MS, Spoelstra SK, Hemel IL, van de Wiel HB, Weijmar Schultz WC. Transcutaneous electrical nerve stimulation as an additional treatment for women suffering from therapy-resistant provoked vestibulodynia: a feasibility study. *J Sex Med* 2015;12(1):228–37.
- 18) Murina F, Bianco V, Radici G, Felice R, Di Martino M, Nicolini U. Transcutaneous electrical nerve stimulation to treat vestibulodynia: a randomised controlled trial. *BJOG* 2008;115(9):1165–70.
- 19) Nyberg R, Susi J, Aho T, Törnävä M. ”Vulvodynia, ulkosynnyttimien kipuoireyhtymä” potilasohjevihko. PSHP, julkaistu verkossa 2011.  
<http://www.tays.fi/default.aspx?contentid=15757&contentlan=1> [päivitetty 2012]
- 20) Haanpää M, Pohjolainen T. Transkutaaninen sähköinen hermostimulaatio. Kirjassa Kalso E, Haanpää M, Vainio A, toim. Kipu. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2009, s.230.
- 21) Murina FI, Graziottin A, Felice R, Radici G, Tognocchi C. Vestibulodynia: synergy between palmitoylethanolamide + transpodydatin and transcutaneous electrical nerve stimulation. *J Low Genit Tract Dis* 2013;17(2):111–16.
- 22) Foster DC, Kotok MB, Huang LS, Watts A, Oakes D, Howard FM, Poleshuck EL, Stodgell CJ, Dworkin RH. Oral desipramine and topical lidocaine for vulvodynia: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2010;116(3):583–93.

- 23) Haanpää M. Krooninen kipu. Kirjassa: Jousimaa JP, Alenius H, Atula S, et al. toim. Lääkärin käsikirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2014, s.103–100.
- 24) Leo RJ. A systematic review of the utility of anticonvulsant pharmacotherapy in the treatment of vulvodynia pain. *J Sex Med* 2000;10(8):2000–8.
- 25) Brown CS, Foster DC, Wan JY, Rawlinson LA, Bachmann GA. Rationale and design of a multicenter randomized clinical trial of extended release gabapentin in provoked vestibulodynia and biological correlates of response. *Contemp Clin Trials* 2013;36(1):154–65.
- 26) Boardman LA, Cooper AS, Blais LR, Raker CA. Topical gabapentin in the treatment of localized and generalized vulvodynia. *Obstet Gynecol* 2008;112(3):579–85.
- 27) Haefner HK, Collins ME, Davis GD, Edwards L, Foster DC, Hartmann EH, Kaufman RH, Lynch PJ, Margesson LJ, Moyal-Barracco M, Piper CK, Reed BD, Stewart EG, Wilkinson EJ. The vulvodynia guideline. *J Low Genit Tract Dis* 2005;9:40–51.
- 28) Tammola P, Unkila-Kallio L, Paavonen J. Longterm wellbeing after surgical or conservative treatment of severe vulvar vestibulitis. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2012;91:1086–93.
- 29) Petersen CD, Giraldo A, Lundvall L, Kristensen E. Botulinum toxin type A - a novel treatment for provoked vestibulodynia? Results from a randomized, placebo controlled, double blinded study. *J Sex Med* 2009;6(9):2523–37.
- 30) Bohm-Starke N, Rylander E. Surgery for localized, provoked vestibulodynia: a long-term follow-up study. *J Reprod Med* 2008;53(2):83–89.
- 31) Lambert B, Bergeron S, Desrosiers M, Lepage Y. Introital primary and secondary dyspareunia: Multimodal clinical and surgical control. *Sexologies* 2012;21:9–12.
- 32) Moller L, Josefsson A, Bladh M, Lilliecreutz C, Sydsjo, G. Reproduction and mode of delivery in women with vaginismus or localised provoked vestibulodynia: a Swedish register-based study. *BJOG* 2015;122(3):329–34.

Tunnistenumero: \_\_\_\_\_

**Täydentäkää tai ympyröikää valitsemanne vaihtoehto niille varattuihin kohtiin.**

1. Ikäanne \_\_\_\_\_
2. Minkä ikäisenä huomasitte ensimmäisen kerran ulkosynnyttimien kipuoireita? \_\_\_\_\_
3. Kuinka kauan oireiden alkamisesta kesti ennen hakeutumistanne tutkimuksiin ja hoitoon?  
\_\_\_\_\_ vuotta \_\_\_\_\_ kk
4. Mikä oli ensimmäinen hoitokontaktinne oireiden vuoksi?
  - a) Terveyskeskus
  - b) Yksityinen lääkäriasema
  - c) Ylioppilaiden terveyden huoltosäätiö (YTHS)
  - d) Muu TAYS:n poliklinikka
  - e) Muu, mikä \_\_\_\_\_
5. Mistä teille kirjoitettiin lähete TAYS:n naistentautien poliklinikalle?
  - a) Terveyskeskuksesta
  - b) Yksityiseltä lääkäriasemalta
  - c) Ylioppilaiden terveydenhuoltosäätiöstä (YTHS)
  - d) Muualta TAYS:n poliklinikalta
  - e) Muu, mikä \_\_\_\_\_

6. Mitä hoitomenetelmiä on oireidenne hoitamiseksi käytetty TAYS:ssa? (ympyröikää kaikki ne vaihtoehdot, jotka koskevat teitä)
- a) E-pillereiden lopetus
  - b) Hiiva- tai muu tulehduslääkitys (paikallinen tai suun kautta otettava)
  - c) Kipukynnystä kohottava lääkitys (Triptyl, Lyrica tms.)
  - d) Ulkosynnyttimien alueen pistos- tai penslaushoidot
  - e) Ulkosynnyttimien alueen puudutegeeli/rasva
  - f) Ulkosynnyttimien alueen kipulääkevoide
  - g) Seksuaalineuvonta
  - h) Fysioterapia
  - i) Itsehoitomenetelmät (hygienia, ihonhoito, painantahoito tms.)
  - j) Leikkaushoito (vestibulectomia)
  - k) Muuta, mitä \_\_\_\_\_

**Ympyröikää oireitanne parhaiten kuvaava vaihtoehto**

7. Onko ulkosynnytinkipuoireitanne esiintynyt paikallisesti (esimerkiksi vain emättimen eteisen alueella)? EI / KYLLÄ
8. Onko ulkosynnytinkipuoireenne ollut ärsykkeestä (esimerkiksi yhdyntä, tamponin asettaminen) laukeavaa? EI / KYLLÄ
9. Onko kipu ollut luonteeltaan säteilevää? EI / KYLLÄ
- Jos vastasitte kyllä, niin mihin kipu on säteillyt? \_\_\_\_\_

**10.** Vastatkaa seuraaviin kysymyksiin ulkosynnytinkipuoireidenne hoidosta asteikolla 1= täysin eri mieltä, 2= jonkin verran eri mieltä, 3= en osaa sanoa, 4= jonkin verran samaa mieltä ja 5= täysin samaa mieltä.

a)	Sain lähetteen TAYS:n naistentautien poliklinikalle riittävän nopeasti lähettävältä taholta	1	2	3	4	5
b)	Sain poliklinikka-ajan TAYS:n naistentautien poliklinikalle riittävän nopeasti	1	2	3	4	5
c)	Hoitoni TAYS:ssa on ensimmäisen käynnin jälkeen edennyt sujuvasti	1	2	3	4	5
d)	Olen saanut TAYS:ssa riittävästi suullista tietoa vulvodyniasta ja sen hoidosta	1	2	3	4	5
e)	Olen saanut TAYS:ssa riittävästi kirjallista materiaalia vulvodyniasta	1	2	3	4	5
f)	Olen tyytyväinen minua TAYS:ssa hoitaneiden lääkäreiden asiantuntemukseen vulvodynian suhteen	1	2	3	4	5
g)	Olen tyytyväinen minua TAYS:ssa hoitaneiden seksuaalineuvojien asiantuntemukseen vulvodynian suhteen	1	2	3	4	5
h)	Olen tyytyväinen minua TAYS:ssa hoitaneiden fysioterapeuttien asiantuntemukseen vulvodynian suhteen	1	2	3	4	5
i)	Minua ei häiritse, vaikka ulkosynnytinoireitani hoitava lääkäri vaihtuisikin hoitojen ja/tai seurannan aikana	1	2	3	4	5
j)	Olen tyytyväinen tapaan, jolla ulkosynnytinoireisiini on TAYS:ssa suhtauduttu	1	2	3	4	5
k)	Olen saanut ulkosynnytinoireisiini apua TAYS:ssa	1	2	3	4	5
l)	Koen elämänlaatuni parantuneen hoitojen seurauksena	1	2	3	4	5

*Vastatkaa kysymyksiin m, n ja o mikäli olitte hoitojen aikana parisuhteessa*

m)	Kumppanini otettiin huomioon hoitojen toteutuksessa TAYS:ssa	1	2	3	4	5
n)	Mielestäni kumppanin huomioiminen on tärkeää hoidon etenemisen kannalta	1	2	3	4	5
o)	Parisuhteeni tila parantui hoitojen seurauksena	1	2	3	4	5



**Täydentäkää tai ympyröikää valitsemanne vaihtoehto.**

**11. a)** Oletteko synnyttänyt? EN / KYLLÄ

Vastatkaa kysymykseen 11b, jos vastauksenne oli kyllä

b) Oliko tämä ennen vai jälkeen vulvodynia oireiden alettua? ENNEN / JÄLKEEN

**12. a)** Oletteko käyttänyt hormonaalista raskaudenehkäisyä? EN / KYLLÄ

Vastatkaa kohtiin 12b-d, jos edellisen kohdan vastauksenne oli kyllä.

b) Minkä ikäisenä aloititte käytön? \_\_\_\_\_ vuotta

c) Minkä nimisiä valmisteita olette käyttänyt?

---

---

---

---

d) Onko teillä nyt käytössä jokin hormonaalinen raskaudenehkäisy ja minkä niminen?

---

---

---

**13. a)** Onko teillä ollut toistuvia ( =enemmän kuin 3) hiivatulehduksia? EI / KYLLÄ

Vastatkaa kohtiin 13b-c, jos edellisen kohdan vastauksenne oli kyllä.

b) Olivatko nämä ennen vai jälkeen vulvodynia oireiden alettua? ENNEN / JÄLKEEN

c) Olivatko nämä lääkärin toteamia? EI / KYLLÄ

**14. a)** Onko teillä ollut toistuvia ( =enemmän kuin 3) muita emätin- ja ulkosynnytintulehduksia (esimerkiksi bakterielli vaginoosi) ? EI / KYLLÄ

Vastatkaa kohtiin 14b-c, jos edellisen kohdan vastauksenne oli kyllä

b) Olivatko nämä ennen vai jälkeen vulvodynia oireiden alettua? ENNEN / JÄLKEEN

c) Olivatko nämä lääkärin toteamia? EI / KYLLÄ

**15.** Miten itse arvioisitte ulkosynnyttimien kiputilannetta kipuaasteikolla 1-10 (1=ei kipuja, 10=pahin mahdollinen kipu).

a) Ennen hoitoja

1            2            3            4            5            6            7            8            9            10

b) Hoitojen jälkeen

1            2            3            4            5            6            7            8            9            10

**16.** Ovatko teidän hoitonne vielä kesken? EI / KYLLÄ

**17.** Onko teillä pysyviä lääkityksiä? EI / KYLLÄ

Jos vastasitte kyllä, niin minkä nimisiä?

---

---

---

---

**18.** Koskien ulkosynnytinoireideni hoitoa TAYS:ssa haluaisin vielä sanoa...

---

---

---

---